



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu den Themen für den „Masterplan Medizinstudium 2020“, insbesondere
hinsichtlich möglicher Maßnahmenvorschläge

Berlin, 31. Juli 2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu den Themen für den „Masterplan Medizinstudium 2020“, insbesondere hinsichtlich möglicher Maßnahmenvorschläge, nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

A. Allgemeiner Teil

Die verfasste Ärzteschaft befasst sich seit Jahren intensiv mit den Problemen der Nachwuchsgewinnung und hat verschiedene Kriterien für das Zulassungsverfahren zum Medizinstudium diskutiert. Diese Kriterien werden aufgrund langjähriger Erfahrungen und statistischer Erhebungen auch im Austausch mit verschiedenen Assessment-Einrichtungen, anderen Berufsgruppen sowie der Bundeswehr für zielführend im Hinblick auf die Bewältigung des zu erwartenden ärztlichen Berufsalltags erachtet.

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber

Die Abiturnote wird allgemein als ein wichtiger Prädiktor für den Studienerfolg angesehen. Nicht eindeutig bestimmen lässt sich jedoch der Zusammenhang zwischen herausragenden schulischen Leistungen, einem hohen wissenschaftlichen Studienerfolg und einer erfolgreichen und mit langjähriger Berufszufriedenheit verbundenen Tätigkeit als Arzt in der Patientenversorgung. Die Ausübung des Arztberufes wird durch kognitive Fähigkeiten, in besonderer Weise aber auch durch soziale und empathische Kompetenz geprägt.

In einem standardisierten und transparenten Verfahren sollten deshalb neben der Abiturnote auch psychosoziale Kompetenzen, ein erfolgreiches soziales Engagement, einschlägige Berufserfahrung, das Persönlichkeitsprofil sowie weitere Parameter, die mit einer langfristigen Berufszufriedenheit einhergehen, für das Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe in der Medizin zugrunde gelegt werden.

Die Verfahren müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, um Objektivität, Reliabilität und Validität zu gewährleisten.

- Individuelle Auswahlverfahren an den Universitäten (Assessments)

Die derzeitige dreigliedrige Auswahl der Medizinstudierenden (20 Prozent Abiturnote, 20 Prozent Wartezeit, 60 Prozent Auswahlverfahren im Rahmen des Zulassungsverfahrens) erscheint sinnvoll. Gerade das Auswahlverfahren der Hochschulen birgt eine Menge Potenzial, um denjenigen Abiturienten eine Chance zu geben, die im Wettbewerb mit den Abiturbesten chancenlos sind, aber andere Voraussetzungen für ein Medizinstudium mitbringen.

Die Auswahlverfahren der Universitäten sind allerdings mit einem erheblichen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Sie werden daher von den Universitäten sehr unterschiedlich gehandhabt. Um die Universitäten auch weiterhin in die Lage zu versetzen, qualitativ hochwertige Auswahlverfahren durchzuführen und neue Verfahren erproben zu können, sollten besonders diejenigen Universitäten, die objektivierbare Assessments auf rechtlich abgesicherter Basis transparent durchführen, in diesem Punkt finanziell unterstützt werden. Für die Assessments sollten bundeseinheitliche Kriterien festgelegt werden. Die Assessmentverfahren selbst sollten ebenfalls auf einer einheitlichen Verfahrensgrundlage erfolgen. Hierzu können wissenschaftlich gesicherte Verfahren genutzt werden (Hinweis: Die Studienstiftung des Deutschen Volkes nutzt für die Schüler-Auswahlverfahren ein Assessment aus 2 Einzelgesprächen, einer Gruppenbeobachtung und schließt auch soziale Kompetenz als Kriterium mit ein. Ergänzt wird das Assessment durch die Analyse des Lebenslaufes und eines Motivationsschreibens.) Auf solchen und ähnlichen Verfahren könnte ein bundesweites Verfahren aufbauen.

- erweitere Auswahlkriterien

Auch sollten erweitere Auswahlkriterien wie abgeleistete Praktika, ein freiwilliges soziales Engagement oder eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung in einem anderen Fachberuf im Gesundheitswesen in höherem Maße als bislang berücksichtigt werden; diese Kriterien könnten z. B. zur Vorauswahl bei den Auswahlverfahren der Universitäten herangezogen werden. (s. o.)

- Erhöhung der Studienplatzkapazitäten

Im Jahre 1990 gab es allein in den alten Bundesländern im Studiengang Humanmedizin 12.000 Studienplätze. Diese wurden seitdem kontinuierlich reduziert. Statt 16.000 Plätzen, die sich nach der Wiedervereinigung aufgrund der acht hinzugekommenen Fakultäten hätten ergeben müssen, sind es aktuell nur noch rund 10.000.

Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass sich trotz eines massiv verschärfenden Ärztemangels immer mehr Bewerber um immer weniger Studienplätze bemühen müssen und ein großer Teil von ihnen erfolglos bleibt.

Gleichzeitig müssen Arztstellen mit Ärzten aus anderen Ländern besetzt werden, mit allen daraus resultierenden Problemen sowohl in Deutschland als auch in den oftmals ärmeren Herkunftsländern.

Angesichts des sich weiter verschärfenden Ärztemangels sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, insbesondere in ländlichen Regionen, ist es daher dringend geboten, die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent zu erhöhen, um den Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können; dies entspricht auch Forderungen, die der 117. Deutsche Ärztetag 2014 erhoben hat.

- Abschaffung von Teilstudienplätzen

Studierende erhalten sogenannte Teilstudienplätze zumeist im Los- oder Klageverfahren. Bei einem Teilstudienplatz ist die Zulassung nur auf den vorklinischen Studienabschnitt beschränkt, ohne dass die Fortsetzung des Studiums im klinischen Abschnitt gewährleistet ist. Die Ausbildungskapazitäten sind aber im klinischen Abschnitt geringer als in der Vorklinik, weil bei der Berechnung der Studienplätze in den ersten vier Semestern sächliche Mittel und die Anzahl an Lehrpersonal ausschlaggebend sind, die Kapazität für den zweiten Abschnitt jedoch zusätzlich an den vorhandenen Betten in den an die Universitäten angeschlossenen Krankenhäusern berechnet wird. Folge ist, dass die Studierenden nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung exmatrikuliert werden.

Gerade in Zeiten des Ärztemangels erscheint es nicht zielführend, den ärztlichen Nachwuchs auf halber Strecke auszubremsen. Hinzu kommt, dass die exmatrikulierten Studierenden die Wartezeit, bis zu einer eventuell möglichen Fortsetzung des Studiums nicht durch eine Famulatur oder eine Doktorarbeit sinnvoll nutzen können.

Die Methodik der Kapazitätsberechnung ist deshalb dahingehend zu ändern, dass Medizinstudierenden mit Teilstudienplatz nach dem ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ein nahtloser Übergang in die klinischen Semester ermöglicht wird. Unerlässlich ist, dass die Änderung des Kapazitätsrechts durch eine ausreichende Finanzierung flankiert wird.

Die medizinischen Fakultäten werden aufgefordert, für die Übergangszeit bis zu einer Änderung der Kapazitätsverordnungen die Gestaltungsmöglichkeiten zur Überbrückung der jeweiligen Wartezeit auf den Vollstudienplatz zu verbessern und die Bewerbung an anderen Fakultäten zu erleichtern.

II. Förderung der Praxisnähe

- Modellstudiengänge

Die Medizinstudierenden sollten bereits sehr früh in ihrem Studium mit der praktischen Tätigkeit des Arztes und den dafür relevanten Fertigkeiten und Fähigkeiten vertraut gemacht werden. Dabei sollte die aktuelle Versorgungsrealität berücksichtigt werden – hier im Besonderen sowohl die stationäre als auch die ambulante ärztliche Tätigkeit mit den jeweils unterschiedlichen Aspekten.

Bundesweit – und nicht nur in den Modellstudiengängen - sollte daher von Studienbeginn an eine zeitgemäße und praxisorientierte Lehre mit größeren praktischen Anteilen und einem fächer- und wissensübergreifenden Unterricht eingeführt werden.

Seit Jahrzehnten wird das problemorientierte Lernen, insbesondere in den Modellstudiengängen, erfolgreich durchgeführt. Beispielgebend sind hier vor allem die Modellstudiengänge, die ihren Studierenden von Studienbeginn an ein Curriculum mit einem großen praktischen Anteil ermöglichen. Dazu zählen organspezifisches Lehren und Lernen mit fächerintegrierenden Veranstaltungen, die longitudinal in das Studium integriert sind, integrierte Seminare, Anamnese- und Methodikkurse oder Untersuchungskurse direkt am Patienten. In der jüngsten Zeit wird auch ein strukturiertes Kommunikationstraining zunehmend häufiger in die Lehrpläne aufgenommen. Dieses Training hilft den jungen Medizinerinnen insbesondere im Übergang vom Studium zur Berufsausübung im alltäglichen Umgang mit Patienten besser zurecht zu kommen.

- Keine Verkürzung der Studiendauer auf unter sechs Jahre

Das Medizinstudium in Deutschland, das sechs Jahre und wenigstens 5.500 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht umfasst, genießt weltweit eine ausgezeichnete Reputation. Die in Deutschland ausgebildeten Ärzte zeichnen sich sowohl durch ein umfangreiches theoretisches Wissen als auch durch sichere Beherrschung der praktischen Versorgung von Patienten aus. Diese hochwertige Qualität der deutschen Medizinerbildung darf nicht beeinträchtigt werden. An einem Umfang des Studiums der Humanmedizin von sechs Jahren sollte festgehalten werden, auch wenn die EU-Berufsanerkennungsrichtlinie eine Reduzierung der Studiendauer auf unter sechs Jahre zulassen würde. Eine Verkürzung der Studiendauer würde unweigerlich eine Kürzung der praktischen Studienanteile nach sich ziehen.

- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin

Ziel des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin“ (NKLM) ist es, eine optimale Gewichtung klinisch-praktischer und theoretisch-wissenschaftlicher Ausbildungsinhalte zu erreichen. Begrüßenswert ist, dass einerseits praktische Kompetenzen, wie z. B. die Kommunikationsfähigkeit, den gerechtfertigten hohen Stellenwert erhalten, andererseits die Notwendigkeit erkannt wurde, auch den Erwerb naturwissenschaftlichen Grundlagenwissens hervorzuheben. Auch wenn bereits viele Fakultäten diese Kompetenzen vermitteln, so fördert der NKLM eine flächendeckende Umsetzung.

- Keine Schwächung der wissenschaftlichen Kompetenz im Medizinstudium

Komplexer werdende Versorgungssituationen, eine sich stetig weiterentwickelnde

medizinische Forschung und die alltägliche praktische Tätigkeit erfordern von den Ärzten – neben den praktischen Kompetenzen – dringender denn je ein umfassendes wissenschaftliches Verständnis und die Kompetenz, mit Forschungsergebnissen umzugehen und diese in ihrem beruflichen Alltag auch anwenden zu können. Die Grundlagen für diese wissenschaftliche Kompetenz sowie für ein fundiertes wissenschaftliches Verständnis in der späteren ärztlichen Tätigkeit müssen bereits im Medizinstudium gelegt werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um ein Berufsleben lang eine evidenzbasierte Medizin betreiben zu können.

Möglichkeiten zur Stärkung der Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium können z. B. spezifische Veranstaltungen sein, die auch kleinere wissenschaftliche Bearbeitungen der Studierenden beinhalten könnten, eine intensivere Unterstützung bei der Promotion mit Hilfe strukturierter Doktorandenprogramme oder auch eine anwendungsorientierte Gestaltung der wissenschaftlichen Lehre. Viele bereits vorhandene Fächer wie z. B. Epidemiologie oder Biometrie und Statistik hätten das Potenzial, die Studierenden in einem longitudinalen Modul auf eine fundierte wissenschaftliche Arbeit vorzubereiten und so bei einer erfolgreichen Promotion zu unterstützen.

- Prüfungsmodalitäten

Wissenschaftlich belegt ist die Korrelation von Lernverhalten in Bezug auf die Prüfungsmodalitäten. Insofern sollte in diesem Kontext nicht nur der Lehrstoff, sondern auch das Prüfungsformat Gegenstand der Erörterungen sein. Reine Multiple-Choice-Fragen verleiten zu einem falschen Lernverhalten, während das OSCE-Verfahren (Objective Structured Clinical Examination) auf den Praxisalltag abstellt und sich als valides Instrument zur Prüfung klinisch-praktischer Fertigkeiten erwiesen hat. Im Hinblick auf die vermehrt praxisnahe Ausbildung im Medizinstudium wächst insofern auch die Notwendigkeit der Durchführung einer solchen klinisch-praktischen Prüfung, zumal sie eine hohe Zufriedenheit bei den Studierenden und Prüfern hinterlässt. Auch hier wäre denkbar, klinisch-wissenschaftliche und fallbezogene Arbeiten einzubeziehen.

III. Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium

Gleich zu Beginn des Studiums sollten alle Medizinstudierenden an das Gebiet Allgemeinmedizin beziehungsweise an die hausärztliche Tätigkeit herangeführt werden. Voraussetzung dafür ist, dass bis 2017 an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingeführt werden. Sinnvoll sind auch Partnerschaften zwischen Hausärzten und Medizinstudierenden vor allem in ländlichen Gebieten. Die Zusammenarbeit der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin mit den allgemeinmedizinischen Lehrstühlen und Instituten muss intensiviert werden. Die verbindlichen Praktika (d. h. integriert in die Stundenzahl des Curriculums) während des Medizinstudiums in einer allgemeinmedizinischen Praxis könnten noch ausgebaut werden, wenn eine entsprechende Anzahl an Lehrangeboten/Lehrpraxen vorgehalten wird. Gleiches

gilt für das Angebot an PJ-Möglichkeiten in der Allgemeinmedizin. Darüber hinaus sollte auch überlegt werden, ob die ambulante medizinische Arbeit im PJ in anderen Fachgebieten als der Allgemeinmedizin gefördert werden kann, um den Wandel der Versorgungsmöglichkeiten in der ambulanten Medizin im Studium abzubilden. Hierzu ist eine bundeseinheitliche Definition der Anforderungen an Lehrpraxen sowie eine sich daran orientierende finanzielle Unterstützung der Lehrpraxen sinnvoll. Es sind Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen es den Praxisinhabern ermöglicht wird, entsprechende Lehrtätigkeiten auszuüben bzw. anzubieten.

Akademische Lehrkrankenhäuser sollten auch für die praktische Lehre außerhalb des PJ verstärkt genutzt werden, weil so in kleinen Gruppengrößen die praktische Unterweisung möglich ist. Auch für akademische Lehrkrankenhäuser muss es bundeseinheitliche Kriterien geben und die entsprechende finanzielle Unterstützung.

Die finanzielle Unterstützung von Lehrpraxen und Lehrkrankenhäusern muss nachweislich der Lehre zugute kommen. Eine Evaluation durch die Studierenden sollte etabliert werden.